UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946

A PROPOS
de la
MORTALITE MATERNELLE
à la Clinique d'accouchement
de la Faculté de Toulouse
de 1934 à 1945

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Janvier 1946

PAR

Henri MILLET

MEMBRES DU JURY.... MM. GARIPUY, *Président*,
SOREL, GUILHEM, GADRAT *Assesseurs*
GRIMOUD, *Suppléant*.

MONTAUBAN
IMPR. J. PRUNET, L. VIDAL, SUCCr 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER

1946

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946

A PROPOS
de la
MORTALITE MATERNELLE
à la Clinique d'accouchement
de la Faculté de Toulouse
de 1934 à 1945

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Décembre 1946

PAR

Henri MILLET

MEMBRES DU JURY.... MM. GARIPUY, *Président*,
SOREL, GUILHEM, GADRAT } *Assesseurs*
GRIMOUD, *Suppléant*.

MONTAUBAN
IMPR. J. PRUNET, L. VIDAL, SUCCR 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER

1946

TABLEAU du PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET.
Assesseur	LEFÈBVRE.
Doyens honoraires	BARDIER. GORSE.

Professeurs honoraires :

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MÉRIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	VALLOIS. CLERMONT.
Histologie et embryologie.	N...
Pathologie interne	MOREL.
Clinique médicale	TAPIE. ROQUES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFÈBVRE.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Clinique de neurologie et de psychiâtrie	RISER.
Clinique ophtalmologique.	CALMETTES.
Physique biolog. et médic.	BUGNARD.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CALVET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL (P.).

	MM.
Pharmacie	CAUJOLLE.
Matière médicale	VINCENT.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirur. du cancer.	DUCUING.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NANTA.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Histoire naturelle	DELAS.
Médecine légale et déontolog.	N...
Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

	M.
Anatomie	CLERMONT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et patholog. élem. aux élèves sages-femmes.	GUILHEM.
Histologie	CALVET.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.
Chimie minérale	BLANC.
Stomatologie	CADENAT.
Physique Pharmaceutique.	AUVERGNAT
Dermatologie et syphyligr.	GARRIC.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Bactériologie	DARNAUD.

	MM.
Clinique de la Tuberculose	MOREL (L.).
Anatomie	THOMAS. LAZORTHES.
Botanique et cryptogamie	Mlle Dulucq-Mateu
Chimie analytique	BLANC.
Médecine expérimentale	GÉRAUD.
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD.
Hydrologie et géologie	ASTRÉ.
Médecine opératoire	DIEULAFÉ.
Anatomie médico-chirurgic	THOMAS.
Pharmacodynamie	SOULA.
Thérapeutique	LASSERRE.
Pharmacie galénique	COUTURIER.
Médecine du travail	BOUNHOURE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Histologie	BIMES, ch. de f.
Physiologie	BAISSET.
Médecine	PLANQUES. DARNAUD. GÉRAUD. GADRAT. DARDENNE. LAPORTE.
Anatomie	LAZORTHES.

	MM.
Chirurgie	VIRENQUE. GRIMOUD. DIEULAFÉ. RIEUNAU. DAMBRIN.
Obstétrique	GUILHEM.
Physique médicale	MARQUÈS.
Chimie	VALDIGUIÉ (P BLANC.

Secrétaire de la Faculté ..... M. DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les Candidats.

(Délibération en date du 12 Mai 1891).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK UTRECHT

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GARIPUY

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre 1914-18.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour la bienveillance de son accueil, pour l'aide efficace qu'il m'a apportée et pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider mon Jury de Thèse.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur SOREL,

Professeur de Clinique Médicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Monsieur le Professeur GUILHEM,

Professeur sans chaire d'Obstétrique
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Monsieur le Professeur agrégé GADRAT,

Professeur agrégé de Médecine,
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Monsieur le Professeur agrégé GRIMOUD,

Professeur agrégé de Chirurgie,
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon remerciement pour l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant de siéger à mon Jury de Thèse.

A MES MAITRES
de la FACULTE et des HOPITAUX de TOULOUSE.

A Monsieur le Docteur J. LATCHE,
Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté.

A MES CAMARADES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant et utile de relever dans le service de notre Maître Monsieur le Professeur GARIPUY et sur son conseil tous les cas de mortalité maternelle observés à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Toulouse pendant les douze dernières années.

L'avancement de la science médicale est certes obtenu par la publication des réussites des traitements nouveaux et bien étudiés, mais une partie que nous ne saurions personnellement juger moins importante, est réservée à la publication et à la critique sévère des échecs de nos méthodes; il y a souvent plus de profit et de sincérité à étudier des cas malheureux qu'à exalter des succès.

Le but de cette thèse est donc de donner un résumé succint des observations concernant les femmes mortes à l'occasion de leur accouchement ou de leur état de grossesse, et d'essayer de tirer un enseignement de ces cas malheureux en montrant à l'occasion ce que le perfectionnement actuel de certaines méthodes permet d'espérer pour l'amélioration de cette funèbre statistique.

Nous avons réservé cette étude aux seuls cas en rapport avec l'accouchement à terme ou près du terme et aux cas de mort dans des affections coexistant avec l'état puerpéral et dans lesquels l'influence de la gravidité se fait sentir avec plus ou moins d'importance.

Nous avons laissé de côté la mortalité maternelle dans les cas d'avortement, étant donné les difficultés d'interprétation des quelques cas observés pendant la période que nous envisageons. Nous faisons la même réserve pour l'étude de la mortalité infantile. Cette étude fort importante et particulièrement utile à l'heure actuelle pose des problèmes si divers et si complexes qu'elle doit faire l'objet d'un travail spécial particulièrement délicat.

Donc notre Thèse est bien précisée : pendant une période de douze ans, dans un service officiel d'accouchement, sur un total de six mille six cent quatre vingt dix sept femmes ayant accouché, dix-sept sont mortes de leur accouchement et vingt de maladies intercurrentes compliquant leur grossesse.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces différents cas ?

CHAPITRE I[er]

Activité générale du Service
de 1934 à 1945

Nous avons réuni, dans le tableau statistique que nous publions ci-après, le nombre des accouchements normaux et celui des manœuvres et opérations obstétricales pratiquées pendant la période s'étendant du 1[er] Août 1934 au 31 Décembre 1945.

Il y a une remarque particulière à faire avant la lecture de ces tableaux : la période que nous étudions a été une période troublée, au moins dans sa seconde partie, la guerre ayant entraîné des modifications considérables dans le fonctionnement du service, tant au point de vue matériel et transport des parturientes qu'au point de vue du personnel traitant et de nos possibilités de ravitaillement en agents thérapeutiques.

Si l'on considère qu'à ces conditions particulières tenant à l'époque malheureuse que nous venons de vivre, s'ajoutent les conditions habituelles de fonctionnement d'un Service de Clinique de Faculté, c'est-à-dire un Service sur lequel sont dirigés les cas difficiles, souvent après échec, tentés au dehors, il est juste de considérer que dans l'ensemble le nombre des interventions n'a rien d'excessif, tout en restant supérieur comme pourcentage à ce que doit observer le praticien ou la sage-femme dans une clientèle normale et sagement conduite.

*
* *

Tableau statistique

ACCOUCHEMENTS spontanés	DÉLIVRANCE artificielle	MAURICEAU	Grande extraction du siège	VERSION	CÉSARIENNE conservatrice	VSTÉRECTOMIE	BASIOTRIPSIE	FORCEPS	TOTAL
5.685	67	215	17	45	179	13	21	455	6.697

Il n'y a pas d'enseignement particulier à tirer de cette statistique globale. Le nombre d'interventions pratiquées a été en rapport à peu près toujours le même avec le nombre total des accouchements pour chaque année envisagée, sauf cependant pour la basiotripsie qui depuis 1941 n'a été pratiquée que six fois, alors que de 1934 à 1941 exclus cette opération avait été faite quinze fois. On peut voir par cette constatation la preuve de l'efficacité d'une surveillance pré-natale mieux faite, ou, tout au moins, l'envoi plus rapide dans un Service spécialisé et sans intervention, souvent inopportune, des cas difficiles dépassant la compétence de l'omnipraticien ou de la sage-femme.

CHAPITRE II

Décès et leurs causes

(Observations résumées)

A — Causes dues à la parturation

Nous avons trouvé :

9 cas de dystocie,
1 cas de rupture utérine,
1 cas d'hémorragie de la délivrance,
3 cas de choc obstétrical,
3 cas d'infection puerpérale.

Total : 17

I. — DYSTOCIE

Pour les dystocies, nous avons relevé :

6 bassins retrécis,
1 présentation du siège avec rigidité du col,
1 présentation de la face,
1 présentation de l'épaule.

1°) BASSINS RETRECIS.

Observation I. — (1934, N° 415). — Césarienne sous rachi-anesthésie pour bassin retréci. Primipare de très petite taille présentant une luxation congénitale de la hanche et des signes de rachitisme; entrée en travail la veille, amenée par son médecin, poche des eaux rompue. Morte le dixième jour de complications pulmonaires.

La nécropsie montre un utérus bien évolué et une intégrité parfaite de la cicatrice d'hystérotomie.

Observation II. — (1934, N° 463). — Rupture utérine après forceps pratiqué à l'extérieur, au-dessus du détroit supérieur. Secundipare (premier accouchement laborieux, applications de forceps multiples et enfant mort). Femme n'ayant pas suivi les consultations prénatales..

Mort, malgré une hystérectomie d'urgence nécessitée par l'abondance de l'hémorragie et l'étendue des lésions.

Observation III. — (1937, N° 450). — Césarienne segmento-corporéale pour bassin retréci. Secundipare à terme (premier accouchement normal avec enfant petit).

Cette femme (qui n'avait pas suivi les consultations pré-natales) entre à la clinique trois heures après le début du travail. Petite taille, bassin aplati (diamètre promonto-pubien minimum 8,5 à 9 cm. Sulfamidothérapie post-opératoire.

Mort le cinquième jour par péritonite généralisée.

Observation IV. — (1938, N° 712). — Césarienne segmentaire pour bassin retréci. Femme venue à la consultation et entrée dans le service cinq jours avant le début du travail. Enfant mort-né (cirrhose graisseuse du foie avec hypertension portale).

Phlébite et mort par embolie le cinquième jour.

Observation V. — (1939, N° 275). — Quatrièmepare amenée dans le service par son médecin pour fœtus mort au cours d'applications multiples de forceps au détroit supérieur faites sous anesthésie générale au chloroforme et suivies de déchirure du segment inférieur. Basiotripsie dans le service.

Mort par urémie le huitième jour.

Cette femme avait eu auparavant trois accouchements, tous trois terminés par une application de forceps. Elle présentait un bassin retréci avec barrure pubienne. Elle n'avait pas suivi les consultations pré-natales. L'examen histologique des reins a montré une nécrose des tubes contournés qui peut s'expliquer par une lésion pré-existante possible aggravée par l'intoxication d'une longue anesthésie au chloroforme.

Observation VI. — (1945, N° 448). — Secundipare. Entrée d'urgence le 6-8-45 en travail. Membrane rompue depuis deux heures. Pas de température, mais liquide

amniotique mal odorant. Amenée par le médecin traitant pour bassin retréci nécessitant une césarienne. Cette femme ayant déjà dû subir cette opération en 1936, une césarienne segmento-corporéale est immédiatement pratiquée, sans drainage.

Mort par péritonite, quatre jours après.

2°) RIGIDITE DU COL VUE DANS UNE PRESENTATION DU SIEGE.

Observation VII. — (1935, N° 124). — VII^e^ pare, entrée au cours du travail. Rupture prématurée des membranes 5 jours auparavant, suivie de contractions. Un médecin appelé conseille l'expectative. La veille de l'entrée dans le service les douleurs se précipitent et devant la non évolution de la dilatation et l'absence d'engagement, la malade est dirigée sur la clinique. Là, l'examen révèle une température à 38°9, un pouls à 110, un utérus contracturé. Les bruits du cœur sont positifs, le col ouvert non effacé, l'orifice interne contracturé. Il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses avec enfant vivant. Rétraction utérine très marquée et infection ovulaire certaine. Devant l'inefficacité de la spasmalgine et de la morphine, et devant la menace de rupture utérine, on pratique immédiatement une intervention par voie haute sous anesthésie au chloroforme : césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant vivant. Mort de la mère par péritonite généralisée le 5^e^ jour.

3°) PRESENTATION DE LA FACE.

Observation VIII. — (1934, N° 322). — IV^e^ pare, deux avortements et un mort-né (extraction du siège). Entrée dans le service deux jours après la rupture prématurée des membranes suivie de deux applications de forceps infructueuses.

A l'entrée, enfant mort en M.I.G.T. Signes généraux certains d'infection. Basiotripsie : le fœtus et le placenta ont une odeur fétide très caractéristique de l'infection amniotique.

Mort par septicémie le 8^e^ jour.

4°) PRESENTATION DE L'EPAULE.

Observation IX. — (1944, N° 743). — Entre d'urgence le 24-11-44. Amenée par une sage-femme de Lavaur pour présentation de l'épaule négligée.

Dans ses antécédents, on note : 9 grossesses normales, 9 enfants vivants en bonne santé.

Non surveillée pendant sa dernière grossesse.

Le 23-11 rupture des membranes.

Le 24-11 tentative de version à 9 h. par un médecin.

Le 24-11 entre à la clinique obstétricale à 11 h. 30.

Césarienne corporéale (enfant 3 kg. 700 en B.S.), suivie d'opération de Porro.

A 13 h. : expulsion d'un gros caillot, suivie d'écoulements sanguins persistants. Signes d'hémorragie interne. Nouvelle intervention d'urgence : ligature séparée de chaque pédicule. Deux ampoules de Pressyl I.V.

A la fermeture de la paroi, syncope. Mort très rapide malgré tentative de transfusion de sérum glucosé I.V.

II. — RUPTURE UTÉRINE

Observation X. — (1942, N° 529). — Rupture utérine spontanée chez une XV^e^ pare. 47 ans. (11 accouchements à terme, 3 avortements).

Domiciliée à Toulouse. Entre d'urgence, directement, à la salle d'accouchements, le 1-9-42, à 6 heures, amenée par un médecin appelé auprès d'elle par une sage-femme pour accouchement anormal. Cette femme avait présenté à 1 heure une hémorragie abondante, récidivant à l'occasion d'un toucher.

Examen à l'entrée : Grossesse à terme. Femme pâle, agitée. Pouls normal. Utérus contracturé. Sommet mobile. Auscultation impossible.

A 9 h. 30, la femme éprouve le besoin de pousser. La tête apparaît à la vulve. Rupture des membranes. A partir de ces moments-là, la femme n'accuse plus aucune contraction douloureuse.

A 10 h. : Pâleur. Pouls normal bien frappé à 70. Palpation : Deux masses paraissant être deux pôles fœtaux (à l'intervention on a vu que l'une représentait d'un côté le siège, de l'autre l'utérus rétracté).

Anesthésie à l'éther. Forceps en droite, pas de difficulté. Extraction d'un fœtus mort suivi d'une expulsion spontanée et immédiate du placenta avec de gros caillots de sang. L'exploration manuelle permet de reconnaître une déchirure du segment inférieur propagé au corps sur la face latérale droite. Hystérectomie. Mort deux heures après.

III. — HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Observation XI. — (1944, N° 474). — Primipare. Domiciliée à Toulouse. Entre d'urgence le 23-9-44, après l'accouchement pour hémorragie de la délivrance.

Examen à l'entrée : Etat général grave. Suintement sanguin.

Révision utérine : Ni rétention, ni rupture, mais inertie utérine totale avec nombreux caillots.

Traitement : 11 h. : Compression de l'aorte. Post-hypophyse. I.V. sérum galé 100 cc. 20 cc. sérum gélatiné. L'agitation de la malade ne permet pas de faire une transfusion. Compression intra-utérine, camphre, ergotine.

11 h. 30 : Hémorragie continue. Inertie utérine complète. Collapsus. Mort.

IV. — CHOC OBSTÉTRICAL

Observation XII. — (1938, N° 222). — Secundipare de 33 ans : Mort subite pendant le travail.

Cette femme était entrée dans le service avant l'accouchement et son examen n'avait rien révélé d'anormal.

Observation XIII. — (1941). — Primipare de 25 ans, hospitalisée trois semaines avant le terme et qui avait suivi régulièrement les consultations pré-natales. Forceps haut pour défaut de progression de la tête.

Mort quatre heures après, malgré la thérapeutique instituée contre l'état de choc de la malade.

Observation XIV. — (1945, N° 199). — Grossesse gemellaire. Délivrance artificielle. Choc obstétrical.

VIII[e] pare de 37 ans. A suivi les consultations prénatales. Entre à la clinique le 25-4.

Perd les eaux le 26-4 à 5 heures. Trois-quart d'heure après, expulsion rapide d'un enfant de 3 kg. 700.

Le deuxième enfant se présente en sommet. Rupture artificielle de membranes. Accouchement spontané d'un enfant de même sexe. Trois-quart d'heure après placenta non décollé. On décide une délivrance artificielle. Avant 10 cc. de solucamphre. Pendant la délivrance,

syncope. Traitement habituel. La malade se recolore. L'utérus saigne, il est mal retracté : 1 ampoule d'ergotine et 10 unités de post-hypophyse. Altération progressive de l'état général. Nouvelle syncope irréductible. Mort.

V. — INFECTION PUERPÉRALE

Observation XV. — (1941, N° 48). — IIIe pare de 40 ans, demeurant à Toulouse.

A suivi les consultations pré-natales à la clinique obstétricale. Est rentrée quelques jours avant le terme.

Accouchement normal. Enfant né coiffé. Pas de rétention de membranes.

Dans les suites de couche, péritonite généralisée : mort. Laparotomie : pus à streptocoques.

Observation XVI. — (1942). — Ligature des pédicules veineux utéro-ovariens et des hypogastriques pour plhébite utéro-ovarienne.

Primipare de 20 ans. Entre après accouchement.

Accouchement simple d'un siège décomplété à domicile, sans manœuvre délicate et suivi d'une délivrance normale.

A partir du huitième jour : température. Sulfamide (40 gr.) glace sur le ventre; abcès de fixation. Trois semaines après l'accouchement et deux jours après l'incision de l'abcès, frissons répétés avec altération de l'état général.

Au toucher vaginal : tuméfactions bilatérales dures, douloureuses au toucher, adhérentes aux bords latéraux de l'utérus et surtout à la paroi osseuse s'étendant sur la plus grande partie des parois latérales du vagin et respectant le Dougla.

Diagnostic : Phlébite utéro-ovarienne suppurée.

Intervention le 4 octobre.

A la fermeture de la paroi, syncope. La malade ne peut être ranimée malgré respiration artificielle, tractions de la langue, injection intra-cardiaque d'adrénaline,

Observation XVII. — (1944, N° 385). — Primipare de 21 ans.

Entre d'urgence à la clinique obstétricale le 6-4-44 pour infection puerpérale du post-portum.

Accouchement le 1-4 à 8 mois, sans difficulté.

Le 3-4 température 38°. Le 6-4 température 39°8. Pouls 110. Utérus subinvolué.

Examen à l'entrée : Rétention d'urine : sondage 700 grammes d'urine. Utérus subinvolué dévié à droite.

Au toucher vaginal, col fermé. Pertes séro-sanglantes minimes. Pouls 120. T.A. 14-6. Pas d'albumine ni de sucre.

Traitement : Repos, glace, Dagenan : 15 gr. per os et sous-cutané.

7-4 température 40°. Même traitement. 8-4 Mort.

Vérification : Utérus double. Le droit qui avait amené la gestation est subinvolué. A la coupe, petits abcès sous-péritonéaux.

B — Affections dues à l'état puerpéral ou coesistant avec lui

Nous avons relevé :

2 éclampsies,
5 néphropathies,
3 cardiopathies,
1 pneumopathie aiguë,
1 ictère grave,
1 septicémie,
2 épilepsies,
2 appendicites,
1 fibrome,
1 scarlatine du post-partum,
1 tuberculose annexielle du post-partum.

Total : 20

I. — ÉCLAMPSIES

Observation XVIII. — (1936, N° 410). — Primipare. Grosse albuminerie, œdème des membres inférieurs, T.A. 21-14. La malade était venue à la consultation trois jours auparavant (on avait constaté de l'albuminerie et de l'hypertension) mais elle n'était pas entrée dans le service. Après l'entrée, crises éclamptiques sub-intrantes et coma. Saignée de 500 gr. Forceps avec incisions antérieure et postérieure du col. Enfant mort. Mort de la mère par syncope deux heures après.

Observation XIX. — (1940). — Secundipare de 35 ans, enceinte de sept mois, amenée par son médecin qui l'a trouvée dans un état de coma post-éclamptique.

Malgré le traitement médical institué d'urgence, surviennent deux crises d'éclampsie classiques suivies de coma vigil avec stertor, état qui persiste les jours suivants malgré la thérapeutique.

Le septième jour, césarienne vaginale : enfant mort. Mort de la mère dans la soirée.

II. — NÉPHROPATHIES

PYELONEPHRITE ET SEPTICEMIE SECONDAIRE.

Observation XX. — (1940, N° 101). — Malade envoyée dans le service pour état fébrile et très mauvais état général. Ces troubles ont commencé plusieurs jours avant l'entrée à l'hôpital. Cette femme est près du terme, l'enfant est vivant.

Phénomènes nets de pyélonéphrite, mais l'infection est généralisée. Malgré une hémoculture négative, la sulfamido-thérapie ne donnant pas de résultats et l'état général paraissant désespéré, on provoque l'accouchement. Enfant vivant. La mère meurt trois jours après.

ALBUMINURIE AVEC APOPLEXIE UTERO-PLACENTAIRE.

Observation XXI. — (MM. Garipuy et Pontonnier, *Bulletin de la Société de Gynécologie et Obst.* 1938).

Primipare de 18 ans. Albuminurie quelques jours avant l'accouchement.

Accouchement spontané trois semaines avant le terme dans une ville des environs, avec enfant mort et hématome rétro-placentaire. Dans les suites de couches, pas de régime. En raison d'une anémie progressive, la malade est dirigée sur la clinique d'accouchements où elle entre le 8e jour du post-partum dans un syndrome de toxémie avec torpeur, grosse albuminurie, hypertension, azotémie à 3,70.

Malgré le traitement médical classique, mort 3 jours après son entrée.

ALBUMINURIE.

Observation XXII. — (1939, N° 23). — VIIe pare de 35 ans qui n'avait pas suivi les consultations prénatales. Un mois avant le terme apparaissent les premières douleurs. Elle entre à la clinique sur le conseil d'un médecin. A l'entrée : T.A. 24-15, grosse abuminurie. Traitement médical quelques heures après l'hospitalisation. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

Coma progressif et mort 12 heures après.

ALBUMINURIE.

Observation XXIII. — (1938, N° 304). — Secundipare de 29 ans, atteinte d'un mal de Bright à la suite d'angi-

nes à répétition. Malade traitée à l'Hôtel-Dieu avant sa grossesse (azotémie 1 gr., albuminurie, hypertension). Venue à la consultation prénatale (grossesse de 5 mois) elle refuse l'hospitalisation. Elle n'entre dans le service qu'un mois après : T.A. 20-12. Urée sanguine 29,60. Albuminurie massive. Opération de Porro.

Mort le 17e jour de coma urémique.

ALBUMINURIE.

Observation XXIV. — (1941, N° 787). — Primipare de 26 ans, entrée dans le service à la fin du 8e mois, accompagnée par son médecin, pour albuminurie massive, œdèmes et hypertension. Rien dans les antécédents. Grossesse normale jusqu'au 6e mois où apparaissent des œdèmes des membres inférieurs suivis d'une albuminurie rapidement progressive malgré le régime. Le traitement médical pratiqué à la clinique n'amène aucune amélioration. Accouchement provoqué, enfant vivant.

Avant l'aggravation, décapsulation rénale. Anurie persistante, œdèmes généralisés.

Mort 14 jours après l'accouchement.

Notons que cette malade avait été suivie au cours de sa grossesse par son médecin et qu'elle avait été hospitalisée en temps opportun; mais l'examen histologique d'un fragment de rein prélevé au cours de la décapsulation a montré des lésions de glomérulo-néphrite sub-aiguë qui semblent actuellement être au-dessus des ressources de la thérapeutique.

III. — CARDIOPATHIES

Observation XXV. — (27 avril 1942). — IIIe pare de 31 ans, entrée le 27 avril 1942 sur les conseils de son médecin qui craint la possibilité d'accidents gravido-cardiaques.

L'interrogatoire révèle que la malade a présenté une fièvre typhoïde à 4 ans et une crise de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans. Première grossesse à 17 ans, bien supportée. Deuxième grossesse à 23 ans, durant laquelle apparaissent des signes nets de retrécissement mitral et une crise de dyspnée avec hémoptysie. Hospitalisée, elle accouche normalement.

Actuellement, grossesse de deux mois environ, très mauvais état général. La malade a présenté une crise

d'œdème aigu du poumon avant d'entrer à la clinique. La moindre fatigue déclenche une crise de dyspnée avec crachats hémoptoïques.

Signes cliniques de retrécissement mitral. L'orthodiagramme montre une oreillette gauche très dilatée. T.A. 11,5-7.

Après un mois de traitement énergique, la malade sort très améliorée, mais nous lui conseillons une nouvelle hospitalisation en Septembre.

Elle rentre à nouveau le 17 Septembre 1942. La clinique et l'orthodiagramme ne révèlent rien de nouveau.

L'accouchement a lieu le 19 Novembre : Siège, délivrance normale, enfant de 2 kg. 400.

Après l'accouchement, dyspnée avec cyanose. Malgré un traitement énergique apparaissent un à un tous les signes de l'insuffisance cardiaque décompensée. La malade succombe dans un tableau d'asystolie complète.

Observation XXVI. — (1943, N° 668). — II^{e} pare de 40 ans, entre à la Clinique Obstétricale le 18 Octobre 1943. Dans ses antécédents nous relevons deux crises de R.A.A. avec endocardite. Eu 1938, épisode d'hémoptysies, cure de digitale.

Actuellement, grossesse de trois mois. Dyspnée et œdème malléolaire. Au cœur, signes d'insuffisance mitrale. Orthodiagramme : gros arc moyen, gros ventricule gauche. Appareil pulmonaire : congestion des bases. Urée : 0,76.

Malgré un traitement énergique du 19-11-43 au 11-1-44 l'insuffisance cardiaque progresse.

Le 11-1-44 accouchement spontané prématuré. Température : 39°. Urée : 0,96. Oligurie. Cure de digitale. Coramine. Sérum glucosé intra-veineux en goutte à goutte.

Le 25-1-44 infarctus pulmonaire (saignée, morphine, atropine, ouabaïne.

26-1-44 collapsus. Mort.

Observation XXVII. — (Janvier 1945). — II^{e} pare de 29 ans. Antécédents de retrécissement mitral. Une grossesse antérieure menée à terme. Entre à la clinique le 3-1-45 pour avortement thérapeutique. A présenté avant son entrée plusieurs accidents de brusque décompensation. Grossesse de six mois et demi.

Examen à l'entrée : Pouls 115. T.A. 12-6,5. Au cœur souffle systolique de la pointe, éclat du deuxième bruit et dédoublement. Urée : 0,35. Orthodiagramme : dilatation des cavités droites, crosse aortique relevée, arc moyen exagéré, pointe globuleuse déviée à droite.

6-1-45 mise en place d'une sonde. Echec.

7-1 45 injection de post-hypophise et spasmalgine plus solucamphre. Expulsion d'un fœtus de 900 gr. Délivrance normale. Suites de couches normales. La malade sort. Hospitalisée à nouveau le 19-1-45 à Sainte-Thérèse : signes d'infarctus pulmonaire avec épanchement pleural. Les signes d'insuffisance cardiaque réapparaissent. Elle meurt le 28 Janvier.

IV. — PNEUMOPATHIE AIGUE

Observation XXVIII. — (1942, N° 89). — Pneumonie double. Grossesse de six mois et demi. III^e^ pare. Fermière demeurant à l'Isle-en-Jourdain. Dans ses antécédents obstétricaux : deux accouchements normaux, deux enfants vivants.

Entre d'urgence le 16-2-42 à 13 heures.

Meurt trois jours après malgré tous les traitements.

V. — ICTÈRE GRAVE

Observation XXIX. — (1936, N° 527). — Femme entrée au début du travail dans un syndrome d'ictère généralisé et d'hémorragies gengivales et utérines.

Grosse albuminurie. Opération de Porro. Enfant mort et macéré. Décès trois heures après.

On observe fréquemment, au cours de la grossesse, des manifestations d'insuffisance hépatique légère, mais la grande insuffisance hépatique est heureusement fort rare. Lorsqu'elle survient chez la femme enceinte l'accouchement spontané prématuré se produit souvent et aggrave le pronostic.

VI. — SEPTICÉMIE au sixième mois de la grossesse

Observation XXX. — (1945, N° 124). — Primipare, 21 ans, demeurant à Puisségur (Hérault).

Entre à la clinique obstétricale le 23-2-45, à 11 heures, venant de l'Hôtel-Dieu où elle était arrivée mourante le même jour, en vue d'un traitement par la péni-

cilline. Un traitement par les sulfamides avait été institué auparavant.

Grossesse de 6 mois et demi. En parfaite santé jusqu'à la maladie actuelle.

Début de la maladie, le 19-2-45. Douleur angle costo vertébral droit. Température à 40°.

20-2-45 : raideur de la nuque, photophobie, pouls 130.

21-2-45 : examen cyto-bactériologique des urines : cylindres, hématies, pas de pus.

22-2-45 : pouls 150, température 41°1, double souffle de la base, souffle systolique de la pointe.

Le traitement sulfamidé institué ayant été insuffisant, la malade rentre le 23-2-45 à la clinique obstétricale en vue d'un traitement sulfamidé intense avant d'entreprendre la pénicilline.

A l'entrée : femme en travail. Contractions utérines énergiques. Dilatation : 3 cm. T° 37°8. Pouls 130.

Accouchement spontané, enfant mort. Traitement sulfamidé intensif.

24 au matin : Dyspnée, cyanose, agitation, délire, température 39. Pouls filant. Sérum isotomique sous-cutané. Oxygène. Mort à 10 h. 30.

VII. — ÉPILEPSIE

Observation XXXI. — (1936). — Epilepsie datant de l'enfance. Grossesse normale de 7 mois. Etat de mal épileptique.

Mort trois semaines après l'hospitalisation non accouchée.

Observation XXXII. — (1939, N° 349). — IV^e^ pare, antécédents d'épilepsie et d'éthylisme, folie épileptique, délire aigu.

Accouchement forcé à terme. Césarienne vaginale. Forceps. Enfant de 4 kg. 100 mort. Mort de la mère le lendemain.

VIII. — APPENDICITE et GROSSESSE

Observation XXXIII. — (1939, N° 261). — Hystérectomie subtotale pour grossesse de six mois. Appendicite (abcès pelvien). Mort par occlusion.

Observation XXXIV. — (1939, N° 429). — Appendicite chez une femme enceinte de sept mois. Opérée d'urgence. Accouchement prématuré et mort le septième jour par péritonite.

IX. — FIBROME et GROSSESSE

Observation XXXV. — (1936, N° 123). — Grossesse de cinq mois. Fibrome compliqué (compression vésicale et intestinale). Myomectomie. Hémorragie. Mort le huitième jour par embolie.

X. — SCARLATINE du POST-PARTUM

Observation XXXVI. — (1941, N° 55). — Accouchement normal. Début de la scarlatine le troisième jour du post-partum. Mort trois jours après.

XI. — TUBERCULOSE ANNEXIELLE du POST-PARTUM

Observation XXXVII. — (1934, N° 414). — Primipare de 17 ans, ayant suivi les consultations prénatales. Pas d'antécédents pathologiques. Siège décomplété. Ballon de Champetier de Ribes. Enfant vivant.

Dans les suites de couches, collection suppurée annexielle. Drainage. Le péritoine est rempli de granulations tuberculeuses.

Mort par granulie trois mois et demi après l'accouchement.

CHAPITRE III

Critique des Observations
Enseigements à en tirer

De cet exposé succinct, nous allons maintenant dégager quelques notions générales et en tirer, si possible, quelques enseignements.

Tout d'abord, il faut reconnaître que pour un Service dont l'installation matérielle est, hélas, très médiocre, les résultats globaux laissent peu à désirer ; en effet, sur trente-sept femmes mortes en douze ans, il faut distinguer d'une part les cas de mort dus à l'accouchement lui-même, et dans lesquels l'installation d'un service et les techniques utilisées sont éminemment en cause ; d'autre part, les cas où une maladie, développée ou non à l'occasion de la grossesse, vient tuer une femme enceinte, posant ainsi tous les problèmes de la pathologie interne ou externe.

Si nous considérons les femmes mortes de leur accouchement, sur 6.697 nous en trouvons 17 dont *3 seulement étaient sous l'entière direction* du service, les autres amenées d'urgence après traitement à l'extérieur et parfois même dans un état désespéré, en particulier lorsque le service fonctionnait comme centre de pénicillothérapie obstétricale. Nous pouvons donc dire que parmi les milliers de femmes, qui de 1934 à 1945, ont été prises en charge et dont la clinique a eu l'entière responsabilité, l'acte obstétrical lui-même n'a causé que trois décès.

On voit ainsi, ce que l'examen plus détaillé de nos observations fera encore mieux apparaître, que tout cas compliqué ou suspect de complication devrait être confié aux seuls accoucheurs gynécologues soigneusement éduqués et possédant une installation convenable.

Examinons maintenant les cas mortels groupés d'après leurs causes, mais signalons tout de suite la difficulté d'une telle classification : nous allons voir par exemple une femme à bassin retréci, amenée dans notre service avec une rupture utérine consécutive à des applications de forceps faites par un omnipraticien, nous pratiquons une hystérectomie et elle meurt dans la période post-opératoire.

Son bassin retréci est certes la cause initiale de la mort et l'hystérectomie la cause finale apparente, mais il n'est pas douteux que le forceps, ayant entraîné une rupture, est bien la cause véritable de cette mort. Bref, il apparaît que l'étude des interventions et opérations obstétricales ayant entraîné la mort est d'une difficulté presque insurmontable, car les conditions essentiellement variables dans lesquelles elles sont pratiquées en faussent singulièrement l'interprétation.

Nous n'étudierons pas, par conséquent, la mortalité par rapport à l'acte opératoire lui-même. Par exemple, à l'occasion des 11 cas de mort après césariennes avec ou sans hystérectomie que nous relevons dans nos observations, nous ne discuterons pas les conditions dans lesquelles ces échecs opératoires ont été observés par rapport aux 193 opérations analogues pratiquées avec succès dans la même période, car, nous le répétons, en obstétrique encore plus qu'ailleurs, la statistique globale ne veut rien dire.

Nous nous arrêterons donc à discuter nos cas mortels d'après leur cause initiale.

A. — Causes dues à la Parturation

1°) BASSINS RETRECIS. — (Obs. I - II - III - IV - V - VI).

Sur les six cas que nous rapportons, il convient de signaler qu'une fois seulement il s'agissait d'une femme ayant suivi nos consultations pré-natales et qui, de ce fait, avertie d'une dystocie, était entrée dans le service cinq jours avant le début du travail. Elle a été opérée sans aucun incident dès son entrée en douleur (son bassin imposant une césarienne) et elle est morte d'embolie le cinquième jour. Ce cas pose tous les problèmes de la prophylaxie des phlébites post-opératoires plus ou moins apparentes et de leur complication redoutable : l'embolie. Nous ne saurions envisager ici ces gros problème, peut-être notre tendance actuelle, à pratiquer, même chez nos opérés de césarienne, un lever plus précoce explique que, à part ce cas unique datant de 1938, nous n'avons pas eu d'autre cas analogue à déplorer.

Pour les cinq autres décès, dont le bassin retréci a été la cause initiale, les conditions ont été différentes. Il s'agissait, en effet, de femmes n'ayant pas été examinées au cours de leur grossesse et qui nous ont été amenées dans de telles conditions que toutes nos interventions ont été pratiquées d'urgence et chez des parturientes déjà, le plus souvent, très en danger.

En dehors du bénéfice qu'elles auraient pu tirer des examens pré-nataux et de l'hospitalisation en milieu chirurgical, il est logique d'espérer qu'à l'heure actuelle, le résultat aurait été meilleur grâce à la sulfamidothérapie, à l'emploi de la pénicilline (1) et aussi, dans certains cas, à l'épreuve du travail accéléré par la méthode Delalande, pratiquée systématiquement aujourd'hui à la clinique obstétricale de Toulouse (2).

---

(1) Thèse de Bordes. — « De l'emploi de la pénicilline dans les septicémies puerpétales », Toulouse 1945-46. N° 29.

(2) Thèse de Soulage. — « Des extraits hypophysaires dans l'épreuve du travail », Toulouse. 1945-46. N° 72.

2°) RIGIDITE DU COL. — (Obs. VII).

Cas banal, heureusement de plus en plus rare, d'une rigidité cicatricielle après traitement d'une cervicite par l'emploi d'un caustique sans doute trop énergiquement utilisé.

Amenée dans le service après des tentatives de dilatation et d'extraction, avec une température de 38°9 et un pouls à 110. Malgré une césarienne immédiatement suivie d'hystérectomie, la mort survient par péritonite.

Il ne paraît pas exagéré de penser qu'une opération faite dans de toutes autres conditions aurait donné un meilleur résultat.

3°) FACE. — (Obs. VIII).

Les mêmes réflexions doivent être faites pour ce cas. Il s'agissait d'une femme amenée en pleine infection amniotique, enfant mort, après un travail durant depuis deux jours et ayant subi en ville deux applications de forceps infructueuses. La présentation de la face est ici l'accessoire, le principal à retenir est, de toute évidence, la mauvaise qualité des soins reçus avant la basiotripsie faite dans le service à une époque (1934) où nous étions moins bien assurés qu'aujourd'hui contre l'infection.

4° EPAULE NEGLIGEE. — (Obs. IX).

Mêmes réflexions que pour le cas précédent : pas de surveillance pendant la grossesse, échec de la version par manœuvres internes faites en ville. Très mauvais état général de la mère à son entrée dans le service, souffrance fœtale très accusée. La rapidité d'exécution de l'acte opératoire étant une cause majeure de succès dans ce cas, une opération de Porro est pratiquée. Elle permet l'extraction ultra-rapide de l'enfant vivant, mais une hémorragie persistante est observée après l'opération, elle nécessite une réintervention au cours de laquelle la malade a une syncope mortelle.

Cette observation doit rendre plus circonspect dans les indications et l'exécution de l'opération de Porro, qui avait cependant donné antérieurement de très beaux résultats dans les cas exceptionnels où elle avait été pratiquée.

5°) RUPTURE UTERINE SPONTANEE. — (Obs. X).

Dans ce cas où la malade est entrée mourante à la clinique et n'a pas supporté l'intervention, on ne peut que regretter l'accouchement à domicile, sans aucun examen pendant sa grossesse, d'une malheureuse femme confiante dans ses quatorze grossesses antérieures.

6°) HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE. — (Obs. XI).

Du fait que l'accouchement a eu lieu en ville et que cette malade a été amenée à la clinique en pleine hémorragie, on ne doit retenir que le danger, d'une manière générale, d'une hémorragie qui survient dans un milieu non outillé et l'insuffisance des moyens de transport rapides et confortables.

Pour souligner cette remarque, nous croyons devoir faire observer que cette parturiente, amenée mourante dans le service, est la seule femme morte d'hémorragie de la délivrance pendant la période de douze années que nous étudions. Ce résultat a été obtenu, semble-t-il, par la rigueur avec laquelle la délivrance est traitée à la clinique d'accouchement, c'est-à-dire par une abstention systématique de toute manœuvre au cours du décollement et une stricte surveillance après la délivrance. Enfin, dans les cas rares où une hémorragie est survenue, le traitement systématique et progressif appliqué immédiatement a été, de ce fait surtout, toujours efficace. Ce traitement consiste à l'heure actuelle, à la clinique obstétricale, à évacuer l'utérus s'il y a lieu, à comprimer l'aorte, manœuvre très efficace qu'on pratique toujours, même pour un simple suintement qui paraît dépasser la normale, et enfin à injecter de la post-hypophyse intra-veineuse. A l'extrême rigueur, traite-

ment local de l'hémorragie, plutôt par des méthodes instrumentales (pinces à demeure) que tamponnement. Si l'on joint à ce traitement de l'hémorragie elle-même le traitement de l'anémie aiguë pouvant aller jusqu'à la transfusion d'urgence, il est raisonnable de conclure que si la bonne marche du service de la clinique obstétricale a permis de ne déplorer aucun décès par hémorragie de la délivrance sur plus de 6.000 accouchées, il y a là un des meilleurs arguments en faveur de l'accouchement en clinique, mais ajoutons tout de suite, nous y reviendrons dans nos conclusions : en clinique parfaitement au point.

7° CHOC OBSTETRICAL. — (Obs. XII - XIII - XIV).

Ces cas paraissent encore les plus difficiles à interpréter et les plus décevants de la pratique obstétricale. Nous ne saurions discuter ici les problèmes soulevés par le choc en médecine et en chirurgie. Disons simplement que sur ces trois cas, l'un (obs. XII) paraît être un choc échappant à toute explication d'un traumatisme quelconque en dehors de l'accouchement spontané lui-même. Les deux autres peuvent avoir eu comme cause, au moins occasionnelle, un forceps ou une délivrance par manœuvres internes, mais l'hypothèse d'une rupture utérine méconnue a été, dans l'un et l'autre cas, écartée après examen direct.

Les progrès accomplis à l'heure actuelle dans le traitement des états de choc permettent d'espérer une amélioration des résultats. Tout récemment, des cas analogues ont été traités avec succès à la clinique obstétricale par l'injection intra-veineuse de plasma et même par le subtosang qui est dorénavant toujours en réserve à proximité de la salle de travail.

8°) INFECTION PUERPERALE (Obs. XV - XVI - XVII).

Sur ces trois observations, deux (obs. XVI et XVII) concernent des femmes infectées à l'extérieur, arrivées dans le service dans un état très grave ou même désespéré, et pour lesquelles nous pouvons simplement pen-

ser que le traitement actuel par la pénicilline aurait peut-être donné un meilleur résultat.

L'observation XV, au contraire, pose un problème beaucoup plus troublant. Il s'agit, en effet, d'une femme entrée à l'avance dans le service, surveillée en conséquence, ayant accouché normalement sans intervention d'aucune sorte, et qui succombe d'une péritonite à streptocoque.

Ce cas rentre dans la catégorie des infections puerpérales logiquement inexplicables à la suite de l'accouchement le plus normal et au cours duquel aucune faute d'asepsie du personnel traitant ne peut être relevée. Pourquoi, comme c'est le cas ici, cette infection mortelle après l'accouchement le plus banal, alors que nous voyons souvent des suites de couches normales après des accouchements qui ont nécessité des manœuvres dangereuses faites dans des conditions d'asepsie tout à fait aléatoires ?

Il est évident que l'accouchement en clinique expose davantage les parturientes à rencontrer un microbe pathogène virulent ; c'est une loi générale de l'hospitalisation collective. Mais dans un service bien tenu, très surveillé et où les consignes d'asepsie ne se relâchent pas, ce danger est minime.

Si, comme c'est le cas à la clinique obstétricale de Toulouse, aucun toucher ni aucune manœuvre obstétricale ne sont pratiqués sans doigtier ni gant stérile, on peut bien admettre l'auto-infection possible et se demander comment nous pouvons lutter contre cette redoutable complication.

Nous ne saurions là encore entrer dans le détail des très nombreuses méthodes prophylactiques contre l'infection, visant à la désinfection de la cavité vaginale, à une antisepsie interne, au relèvement des moyens généraux de défense de l'organisme ou à sa vaccination... Disons simplement que, à la clinique obstétricale, après l'essai de plusieurs méthodes actives de prophylaxie, très rapidement abandonnées, on se préoccupe simple-

ment d'amener les femmes à leur accouchement en aussi bon état général que possible et avec un fonctionnement intestinal très surveillé.

Localement, ce n'est que dans de rares cas d'écoulement vaginal, vraiment très sale et abondant, que l'on ajoute aux toilettes externes (naturellement toujours recommandées) un traitement intra-vaginal (permanganate surtout ou pansement à la bouillie lactique).

Un seul décès par infection pendant une période de douze ans chez les parturientes dont le service avait l'entière responsabilité, paraît un critère suffisant pour persister dans cette abstention de traitement prophylactique systématique de l'infection.

B. — Morts par affections dues à l'état puerpéral ou coexistant avec lui

1°) ECLAMPSIE. — (Obs. XVIII et XIX).

Ces deux cas correspondant à deux femmes entrées d'urgence, l'une d'elle morte avant d'avoir pu être amenée dans son lit, l'autre mourante, dans le coma, morte au cours de la césarienne vaginale vainement tentée in extrémis pour sauver son enfant.

Ces deux malades n'avaient pas suivi notre consultation et paraissent avoir été mal ou pas surveillées au cours de leur grossesse.

Il faut aussi reconnaître que ce sont des cas particulièrement malheureux, car nous pourrions relever dans les archives du service des cas d'éclampsie régulièrement traités par les méthodes actuelles avec de bons résultats.

2°) NEPHROPATHIES. — (Obs. XX à XXIV).

Nous groupons sous ce titre les cas de mort s'étant accompagnés de troubles de la fonction rénale, sans nous dissimuler que la discussion d'un tel sujet pourrait faire l'objet d'une thèse.

Eliminons d'abord l'obs. XX, d'interprétation relativement aisée; c'est une pyélonéphrite envoyée d'urgence vu la gravité de son état, commençant une infection générale et qui meurt avec des manifestations de septicémie. Etat déjà trop grave pour bénéficier des traitement locaux de la pyélonéphrite. Ce cas datant de 1940 peut-être aurions-nous aujourd'hui plus d'action sur cette infection dont la nature et l'origine n'ont pu être précisées.

Les quatre observations XXI à XXIV sont des cas mortels avec une très grosse albuminurie et azotémie. Dans deux cas (obs, XXI et XXII), les malades étant entrées d'urgence sans avoir été suivies pendant la grossesse, il semble bien que le trouble de la fonction rénale a débuté au cours de la grossesse même se manifestant par un accident brutal : l'un par un hématome retro-placentaire, l'autre par un coma progressif qui a résisté à toute thérapeutique.

Dans ces deux cas, les enseignements que nous pouvons tirer sont relativement simples (si nous n'entrons pas dans la discussion du traitement de l'hématome retro-placentaire).

Ils consistent, une fois de plus, à préconiser l'examen pré-natal, non sans savoir toutefois que certains accidents éclatent avec brutalité chez des malades qui, à une consultation récente, ont été trouvées parfaitement normales. Peut-être doit-on à ce sujet signaler que l'hypertension artérielle est un excellent signe d'alarme qui aux consultations doit être systématiquement recherchée avec l'albuminurie.

Les deux cas précédents, par leur soudaineté et leur gravité ne nous ont pas permis de nous attaquer au vrai problème : le traitement du trouble rénal. Il n'en est pas de même pour les observations XXIII et XXIV.

Pour l'observation XXIII, la malade est atteinte d'un mal de Bright antérieur à sa grossesse, ce qui pose le problème de la grossesse chez les Brightiques. Nous savons que si la grossesse est le plus souvent un facteur

d'aggravation il y a nombre de grossesses qui évoluent sans incidents notables chez les femmes atteintes antérieurement de néphrite ; ce n'est donc que très exceptionnellement que la question de l'interruption de la grossesse se pose chez elles. Toutefois la persistance, malgré le traitement médical très strictement suivi, d'une azotémie élevée et des altérations du fond de l'œil commande l'intervention. C'est probablement cette conduite qui aurait été adoptée pour cette malade, si elle n'avait pas refusé l'hospitalisation.

L'observation XXIV montre toutefois la complexité du problème ; il s'agit, en effet, d'une femme traitée pour une albuminurie datant de deux mois et rebelle à tout traitement. Devant l'apparition de phénomènes graves, la grossesse est interrompue par un accouchement prématuré qui donne un enfant vivant mais qui n'améliore pas l'état de la mère. Celle-ci meurt quatorze jours après, et l'autopsie a montré des lésions de glomérulo-néphrite subaiguë. Il est donc vraisemblable que l'interruption de la grossesse, pratiquée plus tôt, n'aurait pas donné de meilleurs résultats, mais il n'est pas certain que cette opinion soit exacte, et, dans les cas d'albuminurie grave au cours de la grossesse, l'indication d'interrompre celle-ci est depuis lors, à la clinique obstétricale, envisagée dans un sens moins restrictif.

3°) CARDIOPATHIES. — (Obs. XXV - XXVI et XXVII).

Ces cas réunis à d'autres concernant des femmes mortes quelque temps après être rentrées chez elles et en apparence hors de danger, ont fait l'objet d'un travail spécial (1).

Il semble, que dans l'opposition apportée aux aphorismes de PETERS, on est allé trop loin. L'interruption de la grossesse doit trouver des indications moins restreintes.

---

(1) « Cardiopathies et Grossesse », Thèse de PRIVAT. Toulouse, 1945-1946.

4°) PNEUMONIE. — (Obs. XVIII).

Le cas de cette malade morte trois heures après son entrée dans le service ne fait que confirmer ce que tout le monde est d'accord pour reconnaître concernant la gravité des pneumopathies au cours de la grossesse.

5°) ICTERE GRAVE. — (Obs. XXIX).

Ce cas isolé d'une femme morte trois heures après son entrée dans le service ne comporte aucun commentaire, car nous n'avons obtenu que des renseignements insuffisants sur cette malade qui nous était inconnue.

6°) SEPTICEMIE AU SIXIEME MOIS DE GROSSESSE. — (Obs. XXX).

Ce cas ne rentre pas dans les cas d'infection puerpérale car aucune origine puerpérale de son infection à streptocoque ne peut être invoquée. Elle était entrée au centre médical de pénicillothérapie de l'Hôtel-Dieu qui, parce qu'elle était enceinte, l'a envoyée dans le service d'obstétrique où l'on n'a pas eu le temps de mettre en œuvre le traitement à la pénicilline. Peut-être aujourd'hui obtiendrait-on mieux, car à cette époque on traitait d'abord aux sulfamides, et, en cas d'échec, à la pénicilline. Actuellement, le traitement immédiat et fort à la pénicilline a permis, au centre de traitement de la clinique obstétricale, de véritables résurrections.

7°) EPILEPSIE. 2 cas. — (Obs. XXXI et XXXII).

Deux cas mortels de mal épileptique chez les quelques épileptiques soignées dans le service, l'un, d'ailleurs, compliqué de délire aigu d'éthylisme.

8°) APPENDICITE. — (Obs. XXXIII et XXXIV).

Deux cas confirmant la gravité de l'appendicite au cours de la grossesse, mais indiquant aussi que c'est surtout dans les cas traités dans les conditions anormales que s'observent les échecs. C'est ainsi que la malade de l'observation XXXIII était une cardiaque qui, lors d'une

grossesse antérieure, avait subi un accouchement provoqué pour accident gravido-cardiaque.

La malade de l'observation XXXIV a été opérée en pleine péritonite généralisée.

Chez les autres malades opérées précocement d'appendicite dans le service, aucune n'a succombé et l'interruption de la grossesse a été exceptionnelle.

9°) MYOMECTOMIE POUR FIBROME. — (Obs. XXXV).

Opération très exceptionnellement pratiquée dans le service. Embolie post-opératoire.

10°) SCARLATINE AU COURS DU POST-PARTUM. — (Obs. XXXVI).

Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de la scarlatine puerpérale. Qu'il nous suffise de dire que, d'après tous les examens pratiqués et les tests aujourd'hui en usage, il s'agissait, selon toute vraisemblance, d'une scarlatine et non d'une infection puerpérale à streptocoque.

L'enseignement à en tirer est la nécessité de l'isolement parfait dans les services qui ont la responsabilité de soigner des femmes en couches.

11°) TUBERCULOSE GENITALE. — (Obs. XXXVII).

Femme morte longtemps après son accouchement, après des accidents pris d'abord pour des accidents infectieux ordinaires et qui, au cours de l'intervention pour péritonite, se sont révélés d'origine tuberculeuse à point de départ annexiel. On est encore désarmé contre de pareilles complications lorsque les manifestations de cet ordre sont tardives.

*
* *

Quels enseignements généraux peut-on tirer de ces observations dont nous venons d'analyser les conditions particulières ?

Tout d'abord, la nécessité pour la femme enceinte, d'être régulièrement surveillée pendant sa grossesse et hospitalisée avant l'accouchement, s'il y a lieu.

Nos observations montrent que presque aucune des femmes qui ont succombé dans le service n'avait suivi de consultations et que sur trente-sept décès douze seulement ont été observés chez des femmes antérieurement hospitaisées. Il est évident toutefois que la surveillance médicale de la grossesse et les conditions parfaites d'hospitalisation ne feront pas disparaître toutes les causes de mortalité maternelle à l'occasion de la puerpéralité; mais surtout pour la mortalité due à l'accouchement lui-même, cette surveillance et cette hospitalisation doivent amener d'excellents résultats.

Il ne suffit pas de rendre obligatoires les consultations pré-natales, ni de faciliter l'hospitalisation des expectantes; il importe absolument que les consultations soient bien faites et l'hospitalisation impeccable.

Eliminons, le sujet serait trop douloureux, la question des locaux hospitaliers ; citons seulement l'intervention de notre Maître, M. le Professeur Garipuy, au dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française (Paris 1946) :

« Je souscris aux conclusions des rapporteurs. Je regrette toutefois qu'en laissant systématiquement de côté l'organisation des villes de Faculté, il puisse ainsi paraître que nos services de cliniques obstétricales répondent aux désirs exprimés dans le rapport. En réalité, il n'en est rien et au contraire, M. Rivière l'a signalé pour Bordeaux, et je viens le dire pour Toulouse : le délabrement de nos locaux, leur insuffisance et l'impossibilité de les adapter au fonctionnement normal d'une Maternité moderne constituent un véritable scandale que, malgré nos efforts depuis de nombreuses années, nous n'arrivons pas à faire cesser.

« La réalisation du projet qui nous est soumis demandera, hélas, bien du temps, mais la sécurité des femmes qui, aujourd'hui même, fréquentent nos services, exige impérieusement la mise en état, au moins décente de ces services. C'est un problème d'extrême urgence et dont la solution ne doit pas attendre.

« Je demande donc que dans les pourparlers, qui doivent, sans doute, avoir lieu avec les Pouvoirs Publics à la suite de ce rapport, il soit réclamé avec énergie, pour nos services obstétricaux de clinique, centres régionaux incontestés, une mise en état immédiate.

« Ne compliquons pas ceci par des questions d'enseignement. Je demande qu'on intervienne pour les locaux d'hospitalisation et l'outillage de soins aux accouchées. Un seul ministère est compétent si la question est strictement posée sur ce terrain. »

Ne négligeons pas non plus les cliniques privées. Beaucoup laissent à désirer, non seulement comme confort, mais, ce qui est plus grave, comme installation matérielle et comme personnel. Il faut veiller à ce que ne se créent pas des « Cliniques d'Accouchement » insuffisantes où des parturientes, attirées par ce nom prestigieux, trouveraient au total moins de sécurité que chez elles.

Nous savons que l'installation des maisons d'accouchement fait l'objet d'une règlementation bien conçue du Ministère de la Santé Publique, mais peut-être une surveillance plus médicalement compétente serait aussi plus efficace.

Pour la surveillance médicale des femmes enceintes, il est juste de reconnaître que la règlementation actuelle est bonne. Etudions comment peut être assurée la fréquentation des consultations pré-natales.

Le malheur des temps paraît apporter une solution grâce à « la carte de grossesse » dont les quatre visites certifiées par une signature de médecin ou de sage-femme assure des avantages substantiels. Mais ces avantages paraissant surtout indispensables au public des

grandes agglomérations, il n'apparaît pas que la carte de grossesse soit la solution sans défaut.

L'opinion éclairée du corps médical, la persuasion des assistantes sociales ne suffit pas; à notre époque, des avantages plus matériels sont de meilleurs arguments. Le problème en devient plus compliqué ; voyons comment ont essayé de le résoudre deux grands organismes dont les moyens sont différents si leur but est le même, et les efforts de la législation la plus récente.

I. — Les Assurances Sociales et les consultations prénatales

La loi sur les Assurances Sociales, dans ses textes successifs, a toujours imposé l'obligation de la fréquentation des consultations pré-natales comme condition à l'obtention des prestations « maternité ». L'ordonnance du 2 Novembre 1945 modifiant la loi du 16 Décembre 1942 a d'ailleurs imposé à l'ensemble de la population une obligation analogue.

But. — *a*) Il s'agit tout d'abord (grâce à une consultation pré-natale aussi précoce que possible et à un examen médical accompagné d'un examen du sang et radiologique) de déceler chez les femmes enceintes la tuberculose et la syphilis.

Cette action serait insuffisante si elle se limitait à l'examen d'un seul procréateur. Aussi l'examen systématique des futurs pères va-t-il entrer bientôt dans le domaine de la réalité. Dès à présent des prestations sont prévues.

b) La consultation pré-natale doit, avec les deux consultations obstétricales obligatoires, permettre au médecin compétent de déterminer si les conditions de l'accouchement seront normales, et, dans le cas contraire, de mettre tout en œuvre afin que l'accouchement ait lieu dans de bonnes conditions.

Le dépistage ne se suffit pas à lui-même. Le diagnostic établi, il importe que les soins adéquats soient dispensés. D'où problèmes :

1° de la liaison entre les consultations pré-natales et les praticiens. La sage-femme ou le médecin traitant doit être informé du résultat de l'examen subi par leur cliente ;

2° de la continuité de l'action amorcée par le dépistage. La vie de la mère ou de l'enfant est-elle en danger ? Il est désormais d'ordre public d'obtenir des certitudes sur la suite normale donnée à cette constatation.

Tel est le rôle du service social spécialisé prévu par l'ordonnance du 2 Novembre 1945, que nous croyons devoir reproduire dans ses parties essentielles.

*
* *

ORDONNANCE N° 45-2720 du 2 Novembre 1945 sur la protection de la maternité et de l'enfance.

TITRE III

PROTECTION DES PARENTS

ART. XI. — *Examens médicaux.* — Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses de sécurité sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale.

Elle doit, en outre, dans les conditions fixées par arrêté du Ministre de la Santé Publique, après avis de l'Académie de Médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse et d'un examen post-natal dans le mois qui suit l'accouchement.

Le premier examen, qui se place avant la fin du troisième mois, est à la fois obstétrical et général ; il doit être effectué, ainsi que l'examen post-natal, par un médecin.

Le Directeur départemental de la Santé et de l'Assistance détermine, compte tenu de l'équipement sanitaire dont il dispose, la nature et les modalités des dits exa-

mens en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose et de la syphilis.

Ces examens sont pratiqués :

a) soit par un médecin au choix de l'intéressée ;

b) soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile ;

c) soit par un médecin inscrit au service de l'assistance médicale gratuite pour les bénéficiaires de ce mode d'assistance.

En cas d'inobservation des dispositions du présent article, la suspension partielle ou totale des allocations visées au premier alinéa du présent article est prononcée par l'organisme payeur, à la demande notamment du Directeur départemental de la Santé, de l'Inspecteur du Travail ou du Contrôleur des lois sociales en Agriculture.

L'Article VIII prévoit qu'il peut être procédé à un examen général du père, accompagné de tous les examens jugés utiles.

EXAMENS MEDICAUX prévus par l'article XI de l'ordonnance du 2 Novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Population ;

Vu l'ordonnance N° 45-2720 du 2 Novembre 1945 ;

Sur la proposition du Secrétaire général de la Santé;

Vu l'avis de l'Académie de Médecine ;

Arrête :

Article Premier. — Les examens médicaux des femmes enceintes et des mères, visés par l'article XI de l'ordonnance du 2 Novembre 1945, devront être effectués dans les conditions suivantes :

1° Le premier examen prénatal aura lieu avant la fin du troisième mois de la grossesse. Cet examen sera orienté vers la recherche des affections susceptibles d'être aggravées par la puerpuéralité, ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse et sur la santé du produit de la conception. Seront notamment recherchés : la syphilis, la tuberculose, les néphrites, les cardiopathies, le diabète. L'examen radiologique des pou-

mons et la recherche sérologique de la syphilis seront pratiqués dans tous les cas ; l'examen s'efforcera de déterminer également les causes locales éventuelles de dystocie.

2° Les 2e et 3e examens prénataux auront lieu au sixième et au huitième mois de la grossesse. Ils comporteront toujours la recherche de l'albuminurie.

Lorsque le premier examen aura décelé une maladie susceptible d'être aggravée par la puerpuéralité ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse ou sur la santé du fœtus, les examens ultérieurs devront être effectués par un médecin.

3° L'examen post-natal est obligatoirement effectué dans le mois qui suit l'accouchement. Il comporte à la fois un examen gynécologique de la jeune mère, un examen clinique général et chaque fois que cela est possible, un examen radiologique des poumons...

(J. O. du 17 Mai 1946)

La gratuité des examens pré et post-nataux est assurée par l'Arrêté du 9 Janvier 1946.

Le Ministre du Travail arrête :

Article Premier. — A compter du 1er Janvier 1946 sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 de l'ordonnance du 19 Octobre 1945 : (ticket modérateur de 20 %)

les assurées sociales et les ayants-droit des assurés sociaux pour les frais qu'elles ont engagés à l'occasion des examens prévus par l'article XI du 2 novembre 1945;

les assurés sociaux ou ayants-droit des assurées sociales pour les frais qu'ils ont engagés à l'occasion des examens prévus par l'article XIII de ladite ordonnance.

(J. O. du 18 Janvier 1946)

La Circulaire N° 8-46 du 18 Janvier 1946 précise les examens pour lesquels le ticket modérateur de 20 % a été supprimé :

— examen général et obstétrical avant la fin du troisième mois de la grossesse ;

— examen radiologique et sérologique accompagnant ce premier examen ;

— les deux examens obstétricaux du sixième et du huitième mois ;

— l'examen général et obstétrical post-natal ;

— l'examen radioscopique accompagnant, s'il y a lieu, l'examen post-natal ;

— l'examen général subi en cas de nécessité par le père ;

— les examens sérologiques accompagnant éventuellement l'examen général subi par le père.

***

Les Assurances Sociales ont fait, on le voit, un gros effort pour faciliter aux femmes enceintes l'accès des consultations pré-natales. Il semble que tous les frais occasionnés par les différents examens doivent être remboursés intégralement. D'autre part, toute femme enceinte qui ne suivrait pas régulièrement ces consultations serait privée d'avantages fort appréciables que sont les « Prestations Maternité ».

Les « Prestations Maternité » comprennent :

1° Une prestation forfaitaire pour la grossesse, l'accouchement et ses suites; cette prestation est due pour l'accouchement de la femme personnellement asssurée ou celui de la femme de l'assuré. Elle varie suivant les localités. Elle est majorée en cas d'accouchement anormal. Si l'accouchement a lieu à l'hôpital la Caisse rembourse l'intégralité du prix de journée pendant douze jours.

2° Versement d'une indemnité de repos pour la femme personnellement assurée pendant les six semaines qui précèdent et les six qui suivent l'accouchement.

L'indemnité de repos n'est accordée qu'autant que l'assurée abandonne effectivement le travail. Elle varie suivant le salaire mensuel de l'assurée.

3° Allocations d'allaitement qui sont dues à la femme personnelleemnt assurée et à la femme de l'assuré. Elles varient suivant le nombre d'enfants.

II. — La S. N. C. F. et les consultations prénatales

A la S. N. C. F. aussi, trois consultations pré-natales sont obligatoires. La première consultation se place à la fin du troisième mois; elle comprend un examen général de la femme enceinte, une prise de sang et une radioscopie obligatoires. La deuxième au sixième mois. Ces deux premières visites doivent être faites par un médecin. La troisième consultation a lieu au huitième mois. Elle peut être faite par un médecin ou par une sage-femme.

Voici comment depuis deux ans fonctionne le service des consultations pré-natales de la S.N.C.F.

Dès que la grossesse est connue de l'intéressée, celle-ci envoie à la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. un « avis de présomption de grossesse ». L'attestation d'un médecin ou d'une sage-femme n'est pas nécessaire.

A la suite de cet envoi la femme reçoit une « prime pré-natale » de sept cent francs et un « carnet de maternité ».

Ce carnet de maternité comprend trois feuillets doubles réservés aux consultations pré-natales, un feuillet pour le certificat d'accouchement, un feuillet pour l'allocation de naissance, un feuillet pour la consultation post-natale maternelle et six feuillets pour les consultations médicales du nourrisson.

Nous nous occuperons simplement des feuillets doubles réservés aux consultations pré-natales. Une partie est strictement médicale : c'est là que le médecin gynécologue inscrit ses observations; l'autre partie est administrative et sert à la femme enceinte pour toucher une prime de sept cents francs à chaque consultation.

Au total, avant l'accouchement, la femme agent de la S. N. C. F. ou la femme d'un agent reçoit deux mille huit cent francs.

Tous ces examens pré-nataux sont gratuits à condi-

tion que la femme vienne consulter au dispensaire de la S. N. C. F. Pour les femmes qui voudraient consulter un médecin de leur choix, les frais médicaux sont remboursés d'après un tarif prévu.

Ce qui suit correspond aux prestations maternité des Assurances Sociales et pour la période de repos sont plus avantageuses.

1° Un forfait pour l'accouchement et ses suites.

Cette prestation est majorée en cas d'accouchement anormal. L'accouchement est entièrement gratuit s'il a lieu à l'hôpital.

2° Une indemnité de repos de six semaines avant et de six semaines après l'accouchement, à laquelle ont droit seules les femmes agents de la S.N.C.F.

Cette prestation égale le montant intégral de la journée. Ce congé de maternité de douze semaines ne compte pas comme maladie; il n'influe pas sur le congé annuel.

Une prime d'allaitement qui s'élève à quarante francs par jour pendant les trois premiers mois. Cette prime varie suivant le produit utilisé au cas d'allaitement artificiel.

*
* *

Pour obtenir de tels avantages matériels, les femmes agents de la S. N. C. F. et les femmes des agents se soumettent bien volontiers aux exigences des consultations pré-natales. Les résultats obtenus sont excellents.

Ils sont aussi une démonstration évidente de l'efficacité des avantages matériels pour la fréquentation des consultations pré-natales. Fondée, en effet, en 1924, la consultation des femmes enceintes au Dispensaire de Toulouse s'est maintenue jusqu'en 1944 au chiffre de 200 consultations environ par an. En 1944, la prime de 700 francs par consultation (soit 2.100 francs pour les trois consultations règlementaires) est décidée, dès 1945 le nombre des consultations est de 593, il dépassera

1.000 en 1946. Chiffre très supérieur à l'augmentation des naissances qui, pour Toulouse, est d'environ un tiers en plus qu'en 1940.

III. — Loi du 22 Août 1946

En dehors de ces grands organismes et soutenant leur action, la loi N° 46-1835 du 22 Août 1946 fixe le régime des « prestations familiales. »

Les prestations familiales comprennent :

1° les allocations de maternité,

2° les allocations familiales,

3° les allocations de salaire unique,

4° les allocations pré-natales.

L'artice 2 de la présente loi précise que toute personne française ou étrangère, résidant en France, ayant à sa charge, comme chef de famille ou autrement, un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par la présente loi.

Toutefois, ne peuvent prétendre aux prestations familiales autres que les primes de maternité, les personnes, autres que les veuves d'allocataires, n'exerçant aucune activité professionnelle et ne justifiant d'aucune impossibilité d'exercer une telle activité.

L'allocation de maternité est attribuée à la naissance survenue en France, de chaque enfant de nationalité française, né viable, et légitime ou reconnu. L'allocation n'est accordée pour la première naissance que si la mère n'a pas dépassé vinq-cinq ans ou si cette naissance survient dans les deux ans du mariage. Pour chacune des naissances suivantes, il sera exigé qu'elle soit produite dans les trois ans de la précédente maternité.

Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge résidant en France.

L'allocation de salaire unique est attribuée aux ménages ou personnes qui ne bénéficient que d'un seul revenu professionnel provenant d'une activité salariée. La dite allocation est versée à compter du premier enfant à charge.

Les articles 14 et 15 de la présente loi traitent des allocations pré-natales. Nous les citons textuellement vu leur importance :

Art. 14. — Le droit aux allocations familiales et à l'allocation de salaire unique, tel qu'il est déterminé par la présente loi, est ouvert à compter du jour où l'état de grossesse de la mère est déclaré. Si cette déclaration est faite dans les trois mois de la grossesse, les allocations pré-natales seront dues pour les neuf mois ayant précédé la naissance.

Art. 15. — *L'ouverture du droit est subordonné à l'observation par la mère des prescriptions édictées par l'ordonnance du 2 Novembre* 1945 *sur la protection maternelle et infantile.*

Le montant des allocations est versé en trois fractions, respectivement après chacun des trois examens pré-nataux prévus par l'ordonnance susvisée et dans les conditions suivantes :

une mensualité après le premier examen,
deux mensualités après le deuxième examen,
le solde après le troisième examen.

Toutes ces lois sociales doivent porter leurs fruits. Le but à atteindre, en nous plaçant uniquement au point de vue de la protection maternelle, c'est que toute femme enceinte suive régulièrement les consultations pré-natales. Pour arriver à cette fin, un moyen surtout efficace : offrir à la future maman des avantages matériels. Désormais, cette méthode est utilisée.

Nous sommes sûrs qu'avec l'aide des consultations pré-natales bien suivies, dans un milieu spécialisé et bien outillé, avec un personnel compétent, nous ne verrons plus de cas malheureux comme certains de ceux cités dans notre travail.

CONCLUSIONS

Si nous comparons la mortalité observée dans les maternités il y a seulement cent ans avec la mortalité actuelle, nous mesurons l'importance des progrès accomplis dans cette période par la collaboration féconde de la Médecine et de l'Assistance Sociale.

« A cette époque, il existait une grande différence entre la mortalité survenant après l'accouchement à domicile et la mortalité se produisant après l'accouchement à la Maternité. TARNIER, en 1858, montra à l'Académie Impériale de Médecine jusqu'où allait cette différence :

« En 1858, une femme sur dix-neuf accouchements mourait à la Clinique de Port-Royal, alors qu'une seule mourait sur trois cent vingt deux accouchements dans l'ancien douzième arrondissement.

« En 1861, la mortalité était, à domicile, de un décès sur cent soixante douze accouchements, alors qu'elle atteignait un pour dix dans les hôpitaux. » (Thèse de Nancy QUILLET-CHAIJE Raymonde : *Etude médico-sociale de la mortalité maternelle*, 1938-39).

Cette enquête portait seulement sur l'infection et nous voyons qu'en 1945, dans une maternité officielle, sur 6697 accouchées, 3 seulement sont mortes d'infection dont 2 ont été amenées d'urgence, accouchées au dehors et infectées sans aucune part de responsabilité de la clinique obstétricale.

On ne peut espérer que la mortalité globale d'une clinique d'accouchement officielle recevant d'urgence des cas très graves puisse arriver à un pourcentage aussi favorable que celui que nous signalons pour la seule infection puerpérale.

Les maladies coïncidant avec la grossesse viendront toujours grever nos statistiques dans la mesure où les

progrès de la médecine ou de la chirurgie ne viendront pas améliorer leur pronostic.

Mais pour les décès par dystocie et les maladies paraissant propres à la grossesse, il est logique d'attendre une amélioration de la situation actuelle grâce aux consultations pré-natales et à une hospitalisation ne laissant rien à désirer.

La surveillance médicale de toutes les femmes enceintes est une nécessité absolue; par conséquent, pour la très grande majorité de celles-ci, le problème de la fréquentation régulière des consultations pré-natales est d'intérêt capital.

Supposant la question résolue de l'outillage et du personnel des consultations pré-natales, il semble que l'attribution d'avantages matériels aux femmes qui viennent régulièrement consulter constitue, à l'heure actuelle, le meilleur moyen d'obtenir un résultat.

L'exemple fourni par les consultations pré-natales de la S.N.C.F. est probant à ce sujet.

Les dispositions de la loi sur la Sécurité Sociale doivent avoir un résultat analogue, mais l'ampleur des dépenses nécessaires, les frais de gestion d'un aussi énorme organisme ne laissent pas d'inquiéter un peu quant au financement suffisant d'un tel projet.

Il faut aussi obtenir comme conséquence de ces examens ou comme conduite à tenir dans les cas difficiles l'hospitalisation avant l'accouchement ou tout au moins l'envoi immédiat, sans manœuvres parfois intempestives, et par un transport rapide et sûr dans des centres de traitement parfaitement adaptés à leur rôle.

La spécialisation et la compétence du gynécologue obstétricien fait actuellement l'objet de discussions qui doivent aboutir à la solution d'un problème difficile. La question de l'hospitalisation n'est pas moins complexe.

Il ne faut pas, en effet, se dissimuler que, à moins de vouloir se payer de mots, la création de nombreuses

maternités répondant à toutes les exigences ne paraît pas compatible avec notre détresse financière présente.

L'amélioration de ce qui existe paraît, par contre, dans certains cas, réalisable immédiatement ; et sous prétexte de réalisations futures splendides, il ne faut pas remettre à plus tard (ou à jamais) les aménagements nécessaires qui, tout de suite, amélioreraient les services établis de façon pratiquement suffisante.

Au total, on peut conclure que lorsque le médecin omnipraticien comme la sage-femme se feront une règle dans un cas difficile d'obtenir un avis ou de confier la femme enceinte ou la parturiente à un gynécologue obstétricien compétent et opérant dans un milieu bien adapté, nos résultats déjà fort intéressants, seront certainement améliorés dans la lutte contre les dangers de la gestation et de l'accouchement.

Vu : *Le Président du Jury*,
R. GARIPUY

Vu : *Le Doyen*,
J. CALVET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 20 décembre 1946

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
P. DOTTIN

TABLE DES MATIERES

PAGES

I. — INTRODUCTION 9

II. — CHAPITRE Ier.

ACTIVITÉ GÉNÉRALE DU SERVICE DE 1934 A 1945 11

III. — CHAPITRE II.

DÉCÈS ET LEURS CAUSES (Observations résumées) 13

A) *Causes dues à la parturation* 13

1° Dystocie 13

2° Rupture utérine 16

3° Hémorragie de la délivrance 17

4° Choc obstétrical 17

5° Infection puerpérale 18

B) *Affections dues à l'état puerpéral ou coexistant avec lui :*

1° Eclampsie 20

2° Néphropathies 21

3° Cardiopathies 22

4° Pneumopathie aiguë 24

5° Ictère grave 24

6° Septicémie 24

7° Epilepsie 25

8° Appendicite et grossesse 25

9° Fibrome et grossesse 26

10° Scarlatine du post-partum 26

11° Tuberculose annexielle du post-partum ... 26

IV. — Chapitre III.

Critique des observations. Enseignements a en tirer 27

A) *Causes dues à la parturation* 29

B) *Mort par affections dues à l'état puerpéral ou coexistant avec lui* 34

Les Assurances Sociales et les consultations pré-natales 41

La S.N.C.F. et les consultations pré-natales 46

Loi du 22 Aout 1946 48

V. — Conclusions 51